



**Hubert Wichowicz**

Lekarz psychiatra, obecnie pracuje jako adiunkt w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym oraz w Poradni Zdrowia Psychicznego w Żukowie. Zainteresowania zawodowe to m.in. zaburzenia psychiczne w chorobach neurologicznych, a w ostatnim okresie także pamięć autobiograficzna i złudzenia optyczne. W wolnych chwilach najchętniej słucha muzyki.

# Wpływ niewielkiego stresu na funkcjonowanie pamięci autobiograficznej (doniesienie wstępne)

## The effect of mild stress on the functioning of autobiographical memory (preliminary report)

**Hubert M. Wichowicz<sup>1</sup>, Anna Rybak-Korneluk<sup>1</sup>, Joanna Stankiewicz-Wróblewska<sup>2</sup>, Krzysztof Żuk<sup>3</sup>, Maciej Dziurkowski<sup>3</sup>, Krystian Adrych<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Katedry Chorób Psychiczych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jerzy Landowski

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Krystian Adrych

<sup>3</sup> Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim

Dyrektor Naczelny: lek. Jacek Bielan

### STRESZCZENIE

Pamięć autobiograficzna (PA), czyli część pamięci odnosząca się do osobistej przeszłości jednostki, to zjawisko kształtujące osobowość, a także wpływające m.in. na konstruowanie celów, aktywność i tworzenie planów. W wielu stanach psychopatologicznych pojawiają się zaburzenia PA, takie jak przebłyski i nadmierna generalizacja wspomnień (NGW).

Celem pracy jest ocena wpływu niewielkiego stresu na skłonność do nadmiernej generalizacji wspomnień. Zbadano 3 grupy chorych po 20 osób. Badane grupy stanowiły osoby hospitalizowane z powodu kamicy żółciowej oraz z przewlekłym zapaleniem trzustki. Użyto 2 grup porównawczych: grupę osób hospitalizowanych z powodu epizodu depresji oraz grupę panelową, czyli zdrowych psychicznie pracowników służby zdrowia, starając się dobrać badanych adekwatnie pod względem wieku i wykształcenia.

Najsilniej różnicowała 3 grupy specyficzność wspomnień. Przy większości *cue word* (skojarzeń słownych) o pozytywnym wydźwięku emocjonalnym była ona zbliżona

#### **NAJWAŻNIEJSZE**

**W zaburzeniach psychicznych i w sytuacji stresu ludzie częstokroć tracą szczegółowość wspomnień.**

#### **HIGHLIGHTS**

**In mental disorders and stressful situations people often lose details of memories.**

i wyższa w grupach badanej i panelowej. Natomiast przy słowach o negatywnym wydźwięku upodabniała się w grupie badanej do osób z epizodem depresji. Nie było różnicy w liczbie odpowiedzi na bodźce o zabarwieniu negatywnym. Znacząca statystycznie była mniejsza liczba odpowiedzi na bodźce o pozytywnym wydźwięku emocjonalnym w grupie osób z depresją.

Potwierdzono dane o wyższej ilości NGW u osób z depresją. *Novum* pracy stanowiło badanie chorych w sytuacji obciążenia nieznacznym stresem. Przeprowadzono dyskusję o hipotetycznym mechanizmie przywoływania NGW u tych osób jedynie w odpowiedzi na bodźce o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym.

**Słowa kluczowe:** pamięć autobiograficzna, depresja, choroba somatyczna

## ABSTRACT

Autobiographical memory (AM) is the part of the memory concerning the individual's past. It is a phenomenon impacting i.a. person's creation of goals, activity, making plans and developing one's personality. In many psychopathological conditions AM's distortions may appear, such as flashbacks and overgeneral memories (OGM).

The aim of the study was the evaluation of the effect of a mild stress on the tendency to generalize memories.

Three groups of patients (each N = 20) were examined. The study group consisted of people hospitalized due to cholelithiasis and with chronic pancreatitis. Two comparison groups were used – people hospitalized for an episode of depression – and panel group – mentally healthy medical professionals. Authors tried to choose an adequate group in terms of age and education.

The specificity of memories differentiated 3 groups the most – it was similar and higher in the study and the panel groups with the majority of positive emotional cue words. However, when the words associated with negative emotions were used, the study group resembled depressed group. There was no difference in the number of associated words to stimuli of negative affect. There was lower number of associated words to stimuli of positive affect in depressed group.

Higher occurrence of OGM in patients with depression was confirmed. The study of patients in a situation of mild stress was a novelty. The discussion about the hypothetical mechanism of OGM's formation in reaction for negative words only as an effect of mild stress was carried out.

**Key words:** autobiographical memory, depression, somatic disease

## WSTĘP

Pamięć autobiograficzna (PA) to część pamięci dotycząca osobistej przeszłości jednostki. Dotyczy nie tylko tego, co było, ale także tego, co jest oraz będzie – bieżącej aktywności oraz tworzenia celów i planów. Jej wpływ na osobowość widać wyraźnie, gdy zostaje ona upośledzona, np. przez procesy otępienne. Tak jak w słynnym zdaniu przypisywanym rodzinie Ronalda Reagana: „W pierwszym okresie choroby on nie poznawał nas, w drugim – my jego”.

Hermann Ebbinghaus już w XIX w. stwierdził, że pamięć jest w takim stopniu „skażona” osobistymi wspomnieniami, że trudno przeprowadzić jej ścisłą analizę. Powtórne odkrycie pamięci autobiograficznej przypada na ostatnie 20–30 lat. Pomimo pesymizmu Ebbinghauśa stopniowo odkrywano zasady rządzące PA u ludzi zdrowych:

1. Występowanie dziecięcej amnezji, czyli braku wspomnień sprzed 4. r.ż.

2. Dominujący wizualny charakter każdego wspomnienia autobiograficznego, niezależnie od modalności przywołującego go zmysłu.
3. Największa dostępność wspomnień z ostatnich 24 miesięcy (co jest powiązane z konstruowaniem celów w życiu) oraz u osób powyżej 35. r.ż. wspomnień z wieku 10–30 lat.
4. Zawodność PA, tzn. mniejsza trwałość i wiarygodność wspomnień, niż jesteśmy w stanie sami ocenić.
5. Zafałszowania, np.:
  - błędna atrybucja, czyli nieprawidłowe powiązanie wspomnień z innym czasem, osobą czy miejscem
  - podatność na sugestię
  - nieświadoma tendencyjność, czyli wydobywanie wspomnień powiązanych głównie z naszym aktualnym systemem wartości (cecha o dużym znaczeniu w sądownictwie).

Wpływ niewielkiego stresu na funkcjonowanie pamięci autobiograficznej (doniesienie wstępne)

H.M. Wichowicz, A. Rybak-Korneluk, J. Stankiewicz-Wróblewska, K. Żuk, M. Dziurkowski, K. Adrych

6. Idealizacja przeszłości, czyli asymetryczna lokalizacja na osi czasu z sytuowaniem szczęśliwych i ważnych zdarzeń we wczesnym okresie życia, a smutnych – w sposób rozproszony.
7. Łatwiejsza aktywizacja wspomnień o pozytywnym ładunku emocjonalnym [1].

Coraz większego znaczenia nabiera badanie zniekształceń PA w psychopatologii. Najwięcej badań przeprowadzono w odniesieniu do zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD, *posttraumatic stress disorder*). Przebliski (*flashbacks*), czyli mimowolne przywoływanie wspomnień silnie wysyconych treściami wzrokowo-sensorycznymi (np. nagle plastyczne wyobrażenie ognia u ofiary pożaru), stanowią jedno z kryteriów rozpoznania PTSD. Jednocześnie silny uraz psychiczny prowadzi do uszkodzenia osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i atrofii strefy CA3 hipokampa. W ten sposób z mroków zapomnienia wydobyto wyszydzoną i pozornie dziwaczną koncepcję klasyka psychologii XIX w. Williama Jamesa o powstawaniu „blizn w mózgu” po ciężkich doświadczeniach życiowych<sup>1</sup>.

W przypadku zaburzeń depresyjnych przeważają negatywne emocje. Jednym z mechanizmów radzenia sobie z nimi jest zjawisko nadmiernej generalizacji wspomnień (NGW, *overgeneral memory*), czyli wysycania ich mniejszą liczbą szczegółów [3–5], co czyni je mniej obciążającymi emocjonalnie. Niestety *de facto* bardziej zaburza to przeżywanie wspomnień pozytywnych. Pozbawia to osoby z depresją zbudowanej z nich „tarczy ochronnej”. Wymownym przykładem była autobiografia psychiatry i psychoterapeuty Viktora Frankla opisująca pobyt w Oświęcimiu i Dachau. Wyraziste wspomnienie twarzy żony pozwalało mu czasowo odwrócić uwagę od koszmaru. Osoby z depresją są tego mechanizmu pozbawione, co na zasadzie *circulus vitiosus* pogarsza przebieg choroby.

Dotychczas w Polsce przeprowadzono badania PA u osób zdrowych, dotyczące m.in. wspomnianej asymetrycznej lokalizacji wspomnień z idealizacją przeszłości [6], łatwiejszej aktywizacji wspomnień za pomocą wskazówek pozytywnych [7, 8] oraz intensywności emocjonalnej [9–11]. W najbliższym czasie ukaże się praca pogładowa dotycząca funkcjonowania PA w wybranych zaburzeniach psychicznych [12]. Według naszej wiedzy w Polsce publikowano do tej pory jedynie badania dotyczące osób zdrowych.

Ponadto dotychczas nie badano osób w sytuacji obciążającej emocjonalnie, która jednak nie nosi znamion sytuacji zagrażającej życiu czy też integralności jednostki

– jak w PTSD. Dlatego podjęto próbę oceny PA u osób z relatywnie poważną (jednak nie śmiertelną) chorobą, wiążącą się z koniecznością czasowego pobytu w szpitalu i poddania się zabiegowi.

## CELE PRACY

Celem pracy jest ocena wpływu relatywnie niewielkiego stresu na skłonność do generalizacji wspomnień. Założono następujące hipotezy badawcze:

1. Osoby z depresją charakteryzuje przewaga przywoływania NGW w porównaniu z grupą osób zdrowych psychicznie niepoddanych stresowi.
2. Niewielki stres nie wywołuje zaburzeń NGW w grupie osób poddanych krótkotrwałej hospitalizacji.

## MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Badaną grupę (BAD, N = 20) stanowiły osoby przyjęte do Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu kamicy żółciowej celem nieoperacyjnego usunięcia złożeń oraz z przewlekłym zapaleniem trzustki w celu wykonania zabiegu endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej. Kryterium wyłączenia:

1. Obecność chorób psychicznych w anamnezie lub aktualnie (eliminacja uzależnień i PTSD, w znacznym stopniu zaburzających PA).
2. Choroby potencjalnie mogące zaburzać stan psychiczny: autoimmunologiczne choroby układowe, nowotwory.
3. Schorzenia skorelowane z wysokim odsetkiem depresji: udar, niestabilna choroba wieńcowa, choroby endokryne.

Użyto 2 grup porównawczych: osoby z epizodem depresji (według kryteriów ICD-10) w przebiegu nawracających zaburzeń nastroju jedno- i dwubiegunowych (DEP, N = 20), hospitalizowane w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, oraz grupę panelową (PAN, N = 20) – zdrowe psychicznie osoby pracujące w służbie zdrowia (podobne skojarzenia uwarunkowane środowiskiem), starając się dobrać grupę adekwatną pod względem wieku i wykształcenia. Z grupy DEP wykluczono osoby z objawami psychotycznymi, ze znacznym stopniem zahamowania zaburzającego funkcje kognitywne oraz z zespołem zależności alkoholowej. Kryterium włączenia dla wszystkich 3 grup stanowił wiek powyżej 18 lat oraz sprawność intelektualna w normie.

<sup>1</sup> Stwierdzenie W. Jamesa w oryginale brzmiało: *The attention which we lend to an experience is proportional to its vivid or interesting character; and it is a notorious fact that what interests us most vividly at the time is, other things equal, what we remember best. An impression may be so exciting emotionally as almost to leave a scar upon the cerebral tissues; and thus originates a pathological delusion* [2].

Uczestnicy badania wypełniali następujące kwestionariusze w losowej kolejności:

- Skala Depresji Hamiltona (HAM-D) – wersja 17-punktowa [13]:
  - w grupie DEP – w celu określenia stopnia nasilenia depresji
  - w pozostałych grupach – w celu dodatkowego przesiewu, z eliminacją osób  $\geq 8$  pkt, podejrzanych o epizod depresji.
- Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) [14] – wersja skrócona (10 pytań) – w celu przesiewu pod kątem zespołu zależności alkoholowej, z wyłączeniem osób o wyniku  $\geq 4$  pkt.
- Kwestionariusz Autobiographical Memory Test (AMT) wraz z poleceniem oceny specyficzności, żywości ( *vividness*) oraz intensywności afektywnej – obejmujący wydarzenie, którego dotyczy wspomnienie [5, 15]. Kwestionariusz ten bazuje na podawaniu skojarzeń słownych (*cue word*) autorstwa Galtona, rozwiniętych przez Crovitz i Shiffmana. Badany przywołuje wspomnienia w odpowiedzi na 12 słów bodźcowych, na przemian otrzymując 6 pozytywnych określeń („szczęśliwy”, „obiecujący”, „podekscytowany”, „dumny”, „bystry”, „kochany”) i 6 negatywnych („samoćnotny”, „przestraszony”, „smutny”, „zły”, „okropny”,

„zawstydzony”). Specyficzność wspomnienia jest oceniana na 4-punktowej skali nasilenia tej cechy, gdzie 4 oznacza precyzyjny opis jednostkowego wydarzenia (np. udanego wyjścia do kina), a 1 – świadczący o NGW – to skojarzenia (np. odpowiedź typu: „piękna pogoda”). Wyrazistość oraz znak i nasilenie afektywne wspomnień oceniono według 7-stopniowych skali semantycznych.

- Aktualny nastrój również oceniono przy użyciu 7-stopniowej skali semantycznej.
- Formularz z danymi demograficznymi (wiek, płeć, poziom wykształcenia).

Tabela 1 przedstawia charakterystykę wszystkich 3 grup. Nie udało się dopasować grup w zakresie wykształcenia.

W grupie osób z depresją nasilenie mierzone HAM-D wynosiło  $19,3 \pm 5,6$  (zakres: 11–29), co odpowiada najniższej punktacji dla epizodu ciężkiego.

## WYNIKI BADAŃ

Tabela 2 przedstawia wyniki w zakresie specyficzności w odpowiedzi na słowa o charakterze pozytywnym, natomiast tabela 3 – na słowa o charakterze negatywnym.

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup.

	Wiek*		Liczba kobiet	Lata nauki**		Aktualny nastrój***	
	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	Zakres		Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	Zakres	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	Zakres
Grupa badana	51,0 $\pm$ 18,4	18–78	10	13,9 $\pm$ 3,8	8–18	5,4 $\pm$ 0,9	4–7
Grupa panelowa	46,0 $\pm$ 18,8	26–82	14	15,2 $\pm$ 2,9	11–18	5,5 $\pm$ 0,8	4–7
Osoby z depresją	47,0 $\pm$ 13,1	21–63	12	12,0 $\pm$ 2,8	8–18	3,4 $\pm$ 1,2	1–5

Test Kruskala–Wallisa; \*  $p = 0,6271$ , \*\*  $p = 0,0167$ , \*\*\*  $p = 0,000$ .

Tabela 2. Specyficzność wspomnień przy słowach kluczowych o charakterze pozytywnym.

Słowo kluczowe	Grupa badana (BAD)	Grupa panelowa (PAN)	Grupa osób z depresją (DEP)	p	BAD vs PAN	PAN vs DEP	BAD vs DEP
Szczęśliwy	3,7 $\pm$ 0,9	3,6 $\pm$ 0,8	3,0 $\pm$ 1,1	0,030	1,000	0,324	0,100
Obiecujący	2,0 $\pm$ 1,5	2,7 $\pm$ 1,1	1,2 $\pm$ 1,5	0,007	0,499	0,006	0,261
Podekscytowany	3,1 $\pm$ 1,1	3,5 $\pm$ 0,8	2,1 $\pm$ 1,7	0,014	0,985	0,020	0,247
Dumny	3,5 $\pm$ 0,9	3,8 $\pm$ 0,6	2,0 $\pm$ 1,4	0,000	1,000	0,000	0,002
Bystry	2,7 $\pm$ 1,6	2,7 $\pm$ 1,7	1,3 $\pm$ 1,2	0,004	1,000	0,015	0,016
Kochany	3,0 $\pm$ 1,2	3,0 $\pm$ 1,4	1,6 $\pm$ 1,1	0,001	1,000	0,004	0,006

p = test Kruskala–Wallisa. Ostatnie 3 kolumny porównania *post-hoc*; kursywą – znamienne statystycznie.

Wpływ niewielkiego stresu na funkcjonowanie pamięci autobiograficznej (doniesienie wstępne)  
H.M. Wichowicz, A. Rybak-Korneluk, J. Stankiewicz-Wróblewska, K. Żuk, M. Dziurkowski, K. Adrych

**Tabela 3. Specyficzność wspomnień przy słowach kluczowych o charakterze negatywnym.**

Słowo kluczowe	Grupa badana (BAD)	Grupa panelowa (PAN)	Grupa osób z depresją (DEP)	p	BAD vs PAN	PAN vs DEP	BAD vs DEP
Samotny	2,4 ± 1,6	3,2 ± 1,0	1,8 ± 1,3	0,003	0,239	0,004	0,406
Przestraszony	3,5 ± 1,1	3,3 ± 1,1	3,0 ± 1,4	0,304	1,000	1,000	0,563
Smutny	3,6 ± 1,1	3,4 ± 0,8	2,2 ± 1,4	0,000	0,650	0,052	0,001
Zły	2,6 ± 1,5	3,2 ± 1,3	2,0 ± 1,3	0,016	0,702	0,017	0,339
Okropny	2,8 ± 1,4	2,7 ± 1,5	1,6 ± 1,5	0,023	1,000	0,087	0,048
Zawstydzony	1,8 ± 1,7	3,0 ± 1,3	1,4 ± 1,6	0,010	0,092	0,015	1,000

p = jak w tab. 2.

Pomijając jednostkowe wyniki (np. minimalne różnice specyficzności skojarzeń na słowo „przestraszony”), wystąpiła skłonność do odmiennego schematu reagowania na słowa o zabarwieniu emocjonalnym pozytywnym i negatywnym. Na pozytywne grupa badana i panelowa zazwyczaj dawały odpowiedzi o zbliżonym (wysokim) stopniu specyficzności, obie zazwyczaj różniły się od grupy z depresją, gdzie dominowało przywoływanie NGW. W przypadku *cue word* o charakterze negatywnym grupy badana i panelowa zaczęły się różnić. Dla 3 słów („samotny”, „zły”, „zawstydzony”) wyniki DEP i BAD zbliżają się do siebie. Podsumowując: jeżeli u osoby hospitalizowanej z powodu choroby somatycznej pojawia się zjawisko tworzenia NGW, to jedynie w odpowiedzi na negatywne słowa kluczowe.

Porównanie wszystkich 3 grup testem Kruskala–Wallisa w zakresie przyjemności wspomnień nie dało żadnych różnic znamienych statystycznie (poza odpowiedzią na słowo „bystry” – zapewne przypadkowa zależność). Częściowo mogło to wynikać z dużej liczby skojarzeń o neutralnym ładunku emocjonalnym, w zakresie 3–5 pkt. Dlatego przy sumarycznej ocenie pozytywnych i negatywnych emocji wzmocniono dane przez eliminację rezultatów o punktacji 4. Kolejna tabela przedstawia liczbę zsumowanych skojarzeń pozytywnych ( $\geq 5$  pkt) i negatywnych ( $\leq 3$  pkt) na 7-stopniowej skali znaku i intensywności afektywnej.

**Tabela 4. Liczba wypowiedzi o charakterze pozytywnym i negatywnym.**

Słowo kluczowe	Grupa badana (BAD)	Grupa panelowa (PAN)	Grupa osób z depresją (DEP)	p	BAD vs PAN	PAN vs DEP	BAD vs DEP
Pozytywne	5,6 ± 1,1	5,5 ± 1,3	4,1 ± 1,6	0,0022	1,000	0,011	0,009
Negatywne	4,7 ± 1,6	5,2 ± 1,2	4,4 ± 1,6	0,2279	1,000	0,285	1,000

p = jak w tab. 2.

Chcielibyśmy zwrócić uwagę, że osoby z depresją miały mniejszą sumaryczną ilość nie tylko pozytywnych skojarzeń, ale i negatywnych – jednak to drugie pozbawione było znaczenia statystycznego.

Porównanie wyrazistości afektywnej wspomnień nie wykazało znaczących różnic dla większości wyrazów. Wyjątkami były reakcje na słowa: „dumny” (różnica między BAD (6,6 ± 0,7) a PAN (5,4 ± 1,5), p = 0,013 oraz „bystry” (różnica między BAD (6,1 ± 1,6) a DEP (4,6 ± 1,7), p = 0,022; obie wartości p: analiza *post-hoc* w teście Kruskala–Wallisa).

Otrzymane wyniki można podsumować następująco:

1. Wszystkie 3 grupy najbardziej różnicowała specyficzność wspomnień:
  - przy większości wspomnień przywoływanych pozytywnymi słowami – zbliżona i wyższa w grupie BAD i PAN, różna od grupy DEP
  - natomiast przy negatywnych słowach bodźcowych zbliżająca się w grupie BAD do osób z epizodem depresji.
2. Różnica w liczbie odpowiedzi na prezentowane bodźce o negatywnym zabarwieniu nie była znacząca statystycznie w 3 grupach. Znacząca była na-

tomiast mniejsza liczba wypowiedzi o pozytywnym wydzwieku emocjonalnym w grupie DEP – jest to zrozumiałe *per se*.

3. W zakresie wyrazistości i intensywności afektywnej wspomnień pomiędzy 3 grupami nie zachodziła znacząca różnica w zakresie skojarzeń PA, poza drobnymi i trudnymi do zinterpretowania wynikami.

## OMÓWIENIE

Pierwsza z hipotez badawczych – skłonność do przywoływania NGW w depresji – nosiła charakter potwierdzenia dla uznanych danych, chociaż sprzecznych ze zdroworozsądkowym wyobrażeniem. Z punktu widzenia laika epizod depresji to bowiem „głęboki smutek”, a doświadczające go osoby powinny mieć duży odsetek odpowiedzi na bodźce negatywne, żywo przedstawiać przygnębiające wydarzenia z ich życia i łatwiej reagować na wyrazy o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym, a trudniej na pozytywne. Jednak badania pokazują, że osoby z depresją rozpoznają szczęśliwe i smutne okresy w swoim życiu. Problem pojawia się, gdy prosimy o podanie **wydarzeń jednostkowych** z autobiografii, także tych o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym, co ukazują nasze wyniki.

Historia badań zjawiska generalizacji wspomnień nie była prosta. Rezultaty pierwszych nielicznych badań PA dotyczących osób z depresją i dysforią zgadzały się z wyobrażeniami laików [16, 17]. Jednak w 1986 r. Williams i Broadbent, badając osoby po próbie samobójczej, zauważyli, że mówiąc o wydarzeniach (pozytywnych i negatywnych), w 50% posługiwały się one kategoriami (np. „miałem zwyczaj spacerować z psem”); natomiast osoby w grupie kontrolnej w 80% opisywały jednostkowe wydarzenia (np. „wczorajszy spacer w deszczu”) [5]. Następnie konstruowanie NGW stwierdzono u osób z zaburzeniami nastroju – w depresjach: pojedynczych, w przebiegu zaburzeń nawracających jedno- i dwubiegunowych, depresji poporodowej, nawet w krótkim okresie po jej przebyciu, w dystymii i dysforii. Tworzenie NGW w tych grupach występowało nie tylko przy stosowaniu techniki *cue word* – jak w większości (w tym w prezentowanej) prac, ale także przy metodzie wolnych skojarzeń czy indukowaniu wspomnień możliwymi scenariuszami [4]. W zaburzeniach depresyjnych NGW odznaczały się dużą replikowalnością rezultatów, jedynie nieliczne badania [18] tego nie potwierdziły. Coraz częściej traktowane są one jako czynnik ryzyka i jednocześnie marker schorzenia [3]. Wiele wskazuje na to, że przywoływanie NGW w zespole napięcia przedmiesiączkowego, okresie poporo-

dowym, po ważnych wydarzeniach życiowych, a nawet po nieudanej próbie zapłodnienia *in vitro* to predyktor rozpoczynającej się depresji [4].

Teraz przejdźmy do zagadnienia stanowiącego *novum* pracy – wpływu niewielkiego stresu na tworzenie NGW. Jest ono w literaturze słabo reprezentowane. W przypadku osób doświadczających szumów usznych raportowano o NGW – występowały skojarzenia semantyczne lub braki w odpowiedziach, co badacze tłumaczą upośledzonymi funkcjami wykonawczymi, w tym pogorszoną koncentracją i uwagą [19]. W 1995 r. Willem Kuyken i Chris Brewin stwierdzili, że kobiety z depresją, u których doszło w dzieciństwie do nadużycia seksualnego, wykazywały się większą liczbą NGW [20]. Istnieją nieliczne dane mówiące o obecności NGW w PTSD, np. u osób po wypadkach samochodowych [21], rozpoznaniu nowotworu [22] oraz u weteranów wojennych [23]. Miały one jednak często małą replikowalność, zatem NGW nie można traktować jako elementu obrazu klinicznego PTSD. Poza tym analogia jest odległa – PTSD to rezultat stresu zagrażającego życiu czy też integralności jednostki (względnie bycia świadkiem takiej sytuacji), natomiast w badanej grupie zagrożenie dla życia było minimalne.

W naszym badaniu u osób poddanych nieznacznemu stresowi doszło do niewielkiego wzmożenia przywoływania NGW, lecz tylko w odpowiedzi na bodźce negatywne. Próbuując wyjaśnić otrzymane wyniki, warto przytoczyć teorię „mnemonicznego zamknięcia” J.M.G. Williamsa. Osoba w obniżonym nastroju, uzyskując dostęp do wiedzy ogólnej, niejako kończy przeszukiwanie zasobów pamięci na tym początkowym etapie. Mechanizm ten chroni jej psychikę przed potencjalnie destabilizującymi informacjami, które mogłyby zagrażać jej planom, celom etc. Jednak w gruncie rzeczy blokuje dostęp do wszystkich informacji [24].

Pacjenci czekający na zabieg endoskopowy to osoby zdrowe psychicznie, w trudnej sytuacji emocjonalnej. Endoskopia nie jest poważnym zabiegiem o wysokim ryzyku zgonu, a kamica żółciowa – śmiertelną chorobą. Jednak nieznanostwo pełnej diagnozy, osamotnienie, nawet najkrótsza hospitalizacja i zagrożenie przewlekłą chorobą w zdrowej psychicznie osobie o prawidłowo ukształtowanej osobowości budzą niepokój. W sytuacji stresu u badanych zaczął się uruchamiać opisany mechanizm, a ponieważ system związany z pozytywnymi emocjami jest stabilniejszy, a aktywizacja pozytywnych wspomnień łatwiejsza, jego działanie było zawężone jedynie do negatywnych *cue words*.

Wpływ niewielkiego stresu na funkcjonowanie pamięci autobiograficznej (doniesienie wstępne)  
H.M. Wichowicz, A. Rybak-Korneluk, J. Stankiewicz-Wróblewska, K. Żuk, M. Dziurkowski, K. Adrych

Ograniczenia pracy: nie udało się dopasować uczestników badania pod względem wykształcenia, które uchodzi za czynnik wpływający na sprawność PA [4].

## WNIOSKI

1. Przeprowadzone badanie potwierdziło obecność licznych NGW u osób z epizodem depresji.
2. Niewielki stres powstający pod wpływem konieczności hospitalizacji oraz poddania się zabiegowi endoskopowemu wywołuje nieznacznie częstsze przywoływanie NGW w odpowiedzi na wyrazy o negatywnym ładunku emocjonalnym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Conway MA, Williams HL. *Autobiographical memory*. W: Byrne JH (red.). *Learning and Memory: A Comprehensive Reference*. Oxford: Elsevier Ltd 2008; 893-909.
2. James W. *The principles of psychology*. Holt. New York 1890: 670.
3. Rawal A, Rice F. *Examining overgeneral autobiographical memory as a risk factor for adolescent depression*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 518-527.
4. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C et al. *Autobiographical memory specificity and emotional disorder*. *Psychol Bull* 2007; 133: 122-148.
5. Williams JMG, Broadbent K. *Autobiographical memory in suicide attempters*. *J Abnorm Psychol* 1986; 95: 144-149.
6. Rybak AM. *Idealizacja przeszłości – różnica w dystrybucji pozytywnych i negatywnych wspomnień na przestrzeni czasu*. *Przegląd Psychologiczny* 2012; 55: 29-40.
7. Fijałkowska A, Gruszczyński W. *Organizacja wspomnień emocjonalnych w pamięci autobiograficznej*. *Psychiatria Pol* 2009; 43: 341-351.
8. Gawinecka M, Wojciechowska J, Maruszewski T. *Blednięcie afektywne wspomnień autobiograficznych*. *Czasopismo Psychologiczne* 2009; 15: 43-56.
9. Rzepa T. *Jakie wspomnienia i w jaki sposób przywołuje najczęściej nasza pamięć autobiograficzna?* *Przegląd Psychologiczny* 2007; 50: 385-400.
10. Rzepa T, Leoński T. *Co zniekształca i wspomaga pamięć autobiograficzną?* *Opuscula Sociologica* 2012; 2: 121-132.
11. Ziółkowska AM. *Czy wspomnienia fleszowe są szczególnym rodzajem pamięci autobiograficznej?* *Przegląd Psychologiczny* 2006; 49: 157-173.
12. Rybak A, Wichowicz HM, Żuk K, Dziurkowski M. *Pamięć autobiograficzna i jej znaczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych*. *Psych Pol (w druku)*.

13. Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-62.
14. Shields AL, Howell RT, Potter JS, Weiss RD. *The Michigan Alcoholism Screening Test and its shortened form: a meta-analytic inquiry into score reliability*. *Subst Use Misuse* 2007; 42: 1783-1800.
15. Kuyken W, Dalgleish T. *Overgeneral autobiographical memory in adolescents at risk for depression*. *Memory* 2011; 19: 241-250.
16. Clark DM, Teasdale JD. *Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences*. *J Abnorm Psychol* 1982; 91: 87-95.
17. Lloyd GG, Lishman WA. *Effects of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences*. *Psychol Med* 1975; 5: 173-180.
18. Iqbal Z, Birchwood M, Hemsley D et al. *Autobiographical memory and post-psychotic depression in first episode psychosis*. *Br J Clin Psychol* 2004; 43: 97-104.
19. Andersson G, Hesser H, Cima R, Weise C. *Autobiographical memory specificity in patients with tinnitus versus patients with depression and normal controls*. *Cogn Behav Ther* 2013; 42: 116-126.
20. Kuyken W, Brewin CR. *Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse*. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 585-591.
21. Harvey AG, Bryant RA, Dang ST. *Autobiographical memory in acute stress disorder*. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 500-506.
22. Giffard B, Viard A, Dayan J et al. *Autobiographical memory, self, and stress-related psychiatric disorders: which implications in cancer patients?* *Neuropsychol Rev* 2013; 23: 157-168.
23. Wessel I, Merckelbach H, Dekkers T. *Autobiographical memory specificity, intrusive memory, and general memory skills in Dutch-Indonesian survivors of the World War II era*. *J Trauma Stress* 2002; 15: 227-234.
24. Williams JMG. *Depression and the specificity of autobiographical memory*. W: Rubin DC (red.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge, England. Cambridge University Press, Williams 1996; 244-267.

### Adres do korespondencji:

dr hab. Hubert M. Wichowicz  
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych  
Katedry Chorób Psychiczych,  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7  
tel.: (58) 349-26-50  
e-mail: hwich@gumed.edu.pl